



Cilindroma bronquial: aportación de un nuevo caso

Sr. Director: El cilindroma representa el 10 % del grupo de los adenomas bronquiales^{1,2}. Encierra un gran potencial de malignidad, superior a los carcinoides³, por lo que se aconseja ser cauteloso en cuanto al pronóstico. Presentamos un nuevo caso de carcinoma adenoide quístico de localización bronquial, destacando sus características clínicas, diagnósticas y posibilidades terapéuticas.

Varón de 69 años, labrador, que durante los últimos nueve años había trabajado con alabastro. Fractura traumática en el tercio medio de clavícula derecha hace tres meses. No fumador, no bebedor. Ingresó por fiebre, tos y expectoración blanquecina. Refería meses antes de su ingreso un cuadro semejante, habiéndosele diagnosticado de neumonía de lóbulo inferior izquierdo y tratado con antibióticos. En la exploración física se encontró: TA 135/70 mmHg; pulso 120 pm; T^a 38,5 °C. Buen estado general. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: estertores basales y abolición del murmullo vesicular en base del hemitórax izquierdo. No adenopatías. Abdomen blando y depresible. No masas. Se palpó hepatomegalia de 1 cm por debajo del reborde costal. No esplenomegalia. Extremidades inferiores normales. Exploración neurológica normal. Laboratorio: Hemograma y bioquímica normal. Destacaba una VSG de 120 mm a la 1^a h y en gasometría hipoxemia con normocapnia. Orina normal. Baciloscopias y cultivos de esputo: negativos. E.C.G.: Normal. Radiología de tórax: fractura de clavícula derecha en el tercio medio de la misma. Pérdida de volumen de lóbulo inferior izquierdo con patrón de alveograma a dicho nivel.

Broncoscopia: masa que ocluye totalmente la luz de entrada del bronquio principal izquierdo. Fue intervenido quirúrgicamente, practicándosele neumonectomía, presentando un buen postoperatorio.

El estudio anatomopatológico mostró una tumoración epitelial con patrón adenoide conteniendo glándulas (fig. 1) con células de pequeño tamaño con núcleos regulares hipercromáticos sin atipias ni mitosis. Diagnóstico histológico: cilindroma.

El carcinoma adenoide quístico, al igual que los tumores carcinoides y los mucoepidermoides, están encuadrados en los tumores bronquiales formados de glándulas o adenomas bronquiales^{3,4}.

Normalmente se localizan en tráquea⁵ y grandes bronquios⁴, siendo excepcional la localización en bronquios segmentarios y subsegmentarios. Su clínica es anodina, pudiendo ser asintomáticos durante mucho tiempo. Las manifestaciones más frecuentes son hemoptisis, neumonías obstructivas⁶ o asociación de ambas. Nuestro enfermo ingresó por un cuadro de neumonía en lóbulo inferior izquierdo, de evolución torpida, sin asociarse con ninguna otra sintomatología.

La radiología puede mostrar un patrón pulmonar normal o una infiltración parenquimatosa⁶ y, según sea el tamaño y localización, dar imagen de atelectasias. Endoscópicamente se manifiesta como masa única, o infiltración con elevación de la mucosa^{7,8}, con menos vascularización que los carcinoides. Microscópicamente están compuestos de pequeñas células pleomórficas y estrelladas, con núcleos de tinción oscura, dispuestos en trabéculas o cilindros entrelazados⁸.

Su tratamiento debe ser quirúrgico —en este caso se practicó neumonectomía— si bien se han comunicado en la literatura ablaciones realizadas endoscópicamente mediante laser YAG⁵.

G. Tiberio, J.L. Alonso*, F. Escolar,*
C. de Miguel** y L. Bengoechea**

Servicio de Medicina Interna
Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

*Servicio de Medicina Interna y **Sección
de Anatomía Patológica.
Hospital Reina Sofía, Tudela.

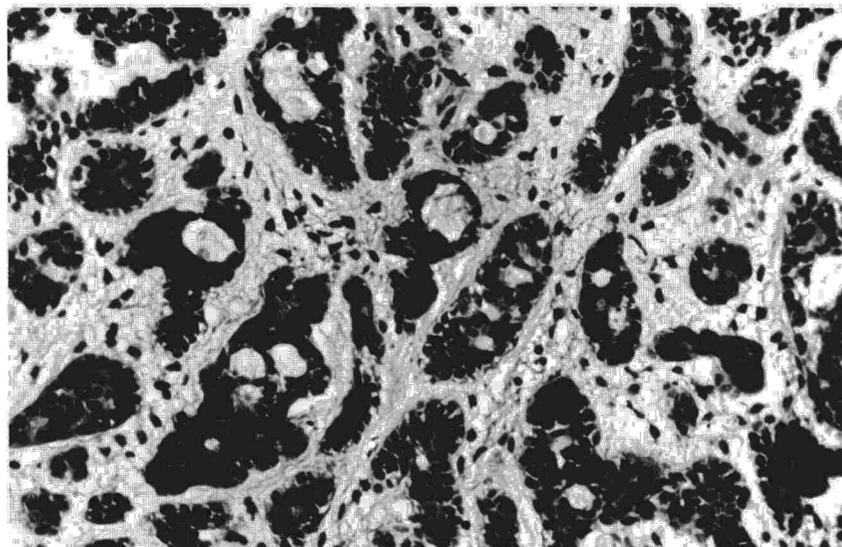


Fig. 1. Tumoración epitelial con patrón adenoide conteniendo glándulas. (HE × 63).

BIBLIOGRAFIA

- Cooper DKC, Belcher JR. Conservative surgery for bronchial adenomata. *Thorax* 1976; 31: 44-48.
- Goodner JT, Berg JW, Watson WL. The nonbenign nature of bronchial carcinoids and cylindromas. *Cancer* 1961; 14: 539-546.
- Lawson RM, Ramanathan L, Huley G, Hinson KW, Lennox SC. Bronchial adenoma: review of an 18-year experience at the Brompton Hospital. *Thorax* 1976; 31: 245-253.
- Toty L, Potier A, Personne Cl. Cylindrome obstruissant la bronche principale gauche. Ablation endoscopique par le laser YAG (fibre souple). *Nouv Presse Med* 1980; 43: 3272-3275.
- Stalpaert G, Deneffe G, Van Maele R. Surgical treatment of adenoid cystic carcinoma of the left main bronchus and trachea by left pneumonectomy, resection of 7,5 cm. of trachea, and direct reanastomosis of right lung. *Thorax* 1979; 34: 554-556.
- Marks C, Marks M. Bronchial adenoma. A clinicopathologic study. *Chest* 1977; 71: 376-380.
- Jackson CL, Konzelmann FW. Bronchoscopic aspects of bronchial tumours with special reference to so-called bronchial adenoma. *J Thorac Surg* 1937; 6: 312-325.
- Carter D, Eggleston JC. Tumours of the lower respiratory tract. Ed. Advisory Committee, AFIP Second serie 1980; 199.
- Paulson DL, Urschel HC, McNamara JJ, Shaw RR. Bronchoplastic procedures for bronchogenic carcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1970; 59: 38-48.
- Payne WS, Ellis FH, Woolner LB, Moersch HJ. The surgical treatment of cylindroma (adenoid cystic carcinoma) and mucoepidermoid tumors of the bronchus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1959; 38: 709-726.

Neumonía bacteriémica por *Arizona* y *Providencia rettgeri* en un paciente heroínomano

Sr. Director: *Arizona* y *Providencia rettgeri* son dos microorganismos que habitualmente forman parte de la flora del tracto intestinal. Su poder patógeno en el hombre sano es de escasa relevancia, pudiendo provocar en ocasiones gastroenteritis leves e infecciones urinarias no complicadas¹. La neumonía extrahospitalaria por *Arizona* y *Providencia rettgeri* constituye una entidad excepcional². A continuación aportamos un caso de afectación pulmonar por dichos gérmenes en un varón heroínomano.

Se trataba de un joven de 18 años que fue traído a urgencias por náuseas, vómitos y disminución del nivel de conciencia después de una dosis de heroína intravenosa; el paciente fue tratado con naloxona y quedó en observación permaneciendo asintomático y siendo dado de alta 24 horas después. No precisó intubación ni manipulación de la vía aérea. Dos días más tarde el paciente acudió